

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon/Handy: _____

Facharztpraxis für Dermatologie
Dres. med. Peter/ Seeber/ Altheide

Wandsbeker Marktstraße 48-50
22041 Hamburg

Tel: (040) – 6886 0330
Fax: (040) – 6886 03322

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Behandlungsvertrag "Individuelle Gesundheitsleistung"

Ich, oben genannte(r) Patient/Patientin, erkläre mich hiermit einverstanden, dass gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zwischen mir und den behandelnden Ärzten Dres. med. Peter, Seeber und Altheide folgende Vereinbarung getroffen wird.

Ich wünsche ausdrücklich die Durchführung folgender privatärztlicher Leistung(en) einschließlich der notwendigen Beratung, Voruntersuchungen, Nachbehandlungen, Nachuntersuchungen:

- Wira-Therapie von Warzen (pro Sitzung 20 min 9,54€/ Regelfall 2x 10 Sitzung) 9,54 €
- Untersuchung und Beratung vor kosmetischer Laserbehandlung 21,44 - 41,56 €
- Vorbesprechung vor Botox / Hyaluronsäure oder ästhetischer Beratung 21,44 - 41,56 €
- Alle Proben werden histologisch untersucht. Der zusätzliche Rechnungsbetrag in Höhe von 20 € je Probe wird durch das Labor Dr. Röglin in Wedel bzw. das Dermatologikum in Hamburg in Rechnung gestellt.

Für die Behandlung wird die Bezahlung nach der GOÄ zugrunde gelegt. Ein Kostenvoranschlag wurde erstellt, bzw. die zum Ansatz kommenden Gebührensätze wurden unter 1. eingetragen. Aufgrund vertraglicher Vereinbarung kann die gewünschte Untersuchung eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse sein.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass eine Erstattung des vereinbarten Honorars durch die Versicherung nicht erfolgt, eine Krankschreibung ist daher **nicht** möglich.

Ich wurde aufgeklärt, dass der Eingriff medizinisch nicht erforderlich ist und somit nur auf meinen ausdrücklichen Wunsch erfolgt.

Ich werde die Rechnung unmittelbar nach Leistungserbringung bar oder per EC-Karte bezahlen. Über Art und Umfang der fachärztlichen Leistung wurde ich ausführlich informiert. Über mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen wurde ich unterrichtet.

Im Falle der Nichtabsage ist eine zeitabhängige Kostenpauschale von 50,-€ pro angefangene 10 min eingeplanter Behandlungszeit zu entrichten.

Die Absage des Termins muss mindesten 24 Stunden vorher stattfinden. Die Absage ist per Telefon oder Fax möglich. Bitte die Termine **nicht** per E-Mail absagen.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Hamburg, den _____ X _____

Dres. Peter/Seeber/Altheide

Unterschrift des Patienten(gesetzlicher Vertreter/Sorgeberechtigter)